



**ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL HOSPITAL DEL TRAUMA**

**BOLETA DE GESTIÓN**

Fecha de Registro: \_\_\_\_\_

La aplicación de la solicitud rige a partir de \_\_\_\_\_

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Cédula

Por este medio solicito que se realice el siguiente trámite. Marque con una X la opción que desea.

1. Inicio de Ahorro ( ) 2. Aumento de Ahorro ( ) 3. Disminución de Ahorro 4.( ) Retiro de Ahorro ( )  
5. Desactivar ahorro ( )

Indicar el **monto mensual** por el cual se desea realizar la modificación

Ahorro Escolar:                      % \_\_\_\_\_ (porcentaje del salario bruto)

Ahorro a la vista:                      ¢ \_\_\_\_\_

Ahorro Marchamo:                      ¢ \_\_\_\_\_

Ahorro Navideño:                      ¢ \_\_\_\_\_

Ahorro Programado:                      ¢ \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Firma del socio: \_\_\_\_\_

Firma del colaborador: \_\_\_\_\_

Se cobrará comisión por desembolso por retiros anticipados en las opciones de ahorro establecidos. Los ahorros pagan intereses de acuerdo al mercado y las fechas de devolución de los ahorros se establecen por medio de la Administración de acuerdo al tipo de ahorro y su objetivo

Notas ASOHTRAUMA: